FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année scolaire 1894-1895 N° 57

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HERPÈS DU LARYNX

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Février 1895

PAR

JACQUES LAGAHUZÈRE

Né à Caumont (Lot-et-Garonne), le 10 Mai 1861.

Examinateurs de la Thèse..... { MM. ARNOZAN, professeur, *Président.*
MORACHE, professeur,
DUBREUILH,
AUCHÉ, } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année scolaire 1894-1895 N° 57

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HERPÈS DU LARYNX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Février 1895

PAR

JACQUES LAGAHUZÈRE

Né à Caumont (Lot-et-Garonne), le 10 Mai 1861.

Examinateurs de la Thèse..... MM. ARNOZAN, professeur, *Président.*
MORACHE, professeur,
DUBREUILH,
AUCHÉ,
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

	Messieurs.
Clinique interne	PICOT.
	PITRES.
Clinique externe	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et Thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON.
	DENUCÉ.
	VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle..... N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. int. des mal. des enf.	MM. A. MOUSSOUS.	Maladies mentales...	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cut.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez..	MOURE.	Zoologie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE Dr ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine.

A M. LE Dr ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE

Médecin-Chef de service à l'Hôpital des Enfants

Agrégé libre de la Faculté de Médecine

A M. LE Dr E. J. MOURE

Chargé de cours à la Faculté de Médecine

INTRODUCTION

Trois cas d'herpès du larynx que nous avons pu suivre, de juin à novembre dernier, à la clinique laryngologique, otologique et rhinologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux et mis gracieusement à notre disposition par M. le Dr Moure, directeur de cette clinique, nous ont donné l'idée de ce travail.

Les cas de ce genre, publiés jusqu'ici, sont fort rares, ainsi que nous l'établissons par une bibliographie aussi complète que possible de la question, et la lésion était à peine décrite.

Sur les seize observations relatées tant en France qu'à l'étranger et notamment en Amérique, en Allemagne, en Russie et en Suisse, il ne nous a été possible de nous en procurer que douze seulement ; nous avons cru bon de les ajouter à la fin de notre thèse en nous rapprochant le plus possible du texte original que nous avons dû traduire nous-même ou faire traduire lorsque la langue nous était inconnue.

Sans avoir la prétention de donner une monographie irréprochable de la question, nous croyons cependant être assez près de la vérité pour que notre description n'ait à subir, dans l'avenir, que des modifications insignifiantes.

Nous avons suivi l'ordre logique qui convient à un pareil

sujet, commençant par l'historique, continuant par l'étiologie, la symptomatologie, la marche, le diagnostic et le traitement. Les conclusions suivent nos observations.

Qu'il nous soit permis en terminant de remercier M. le Dr Moure pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans sa clinique et pour les conseils qu'il nous a donnés afin de mener à bien notre tâche.

M. le Professeur Arnozan, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait le plus grand honneur et nous lui en conservons une profonde reconnaissance.

CHAPITRE I^ER

Historique.

Comme on le verra ci-après, Davy se trompait quand il affirmait, dans sa thèse de doctorat (Paris 1882), avoir été le premier, après Fernet, à constater au laryngoscope un cas d'herpès du larynx.

Fernet est bien le premier, en effet, qui ait vu et décrit cette localisation de la fièvre herpétique (*Bulletin de la Société clinique*, Paris, 1878).

Lasègue, dans son *Traité des angines* qui date de 1868, ne signale pas la présence des vésicules dans le larynx ; bien plus, il les considère comme très rares sur le pharynx : « Presque toujours le foyer est tonsillaire et c'est à peine si quelques vésicules semblent s'être égarées sur les parties avoisinantes. Quant au pharynx il est encore plus communément préservé... En fait, l'herpès ne se disperse pas et n'excède pas les limites du triangle formé par les piliers antérieur et postérieur. »

Peter, dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre (édit. 1870, p. 711, art. « Angines »), professe une opinion analogue. Toutefois, ajoute-t-il, « si l'herpès guttural jouit d'une tendance extensive considérable, l'inflammation peut se propager au larynx, mais le fait est rare ».

Il ne s'agit pas ici de l'extension des vésicules d'herpès, mais bien de la *propagation de l'inflammation.*

D'autres auteurs, tout en n'ayant jamais constaté l'herpès du larynx, en admettent cependant, *à priori*, la possibilité : tel Isambert, dans une clinique de l'hôpital Lariboisière rapportée dans les *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx* (1875) : « Quant à l'herpès labialis ou præputialis ordinaire, il se rapproche beaucoup plus des fièvres éruptives que des diathèses. Tout le monde connaît l'angine à laquelle il donne lieu ; *mais nous ne connaissons encore aucun fait d'herpès proprement dit dans le larynx.* »

Par sa communication faite trois ans plus tard, Fernet apportait la démonstration de l'hypothèse émise par Isambert.

D'autres observateurs, dont l'attention a été attirée de ce côté, n'ont pas tardé à constater et à publier des cas analogues.

Nous nous sommes livré à des recherches minutieuses sur le sujet et nous n'avons pu découvrir dans la science que seize cas publiés jusqu'à ce jour, tant en France qu'en Amérique, en Allemagne, en Suisse, en Italie et en Russie.

Le deuxième cas appartient à Rudolf Meyer; il est rapporté dans le *Berlin. klin. Wochens.* (n° 41, p. 609, 13 octobre 1879), sous le titre : « Inflammation phlycténulaire des cordes vocales ou herpès du larynx. » Nous donnons plus loin la traduction de cette observation.

La même année, Beregszaszi indiquait, dans le *Wien. med. Presse* (1879, n° 44, p. 1399-1401), avec le détail de trois observations nouvelles, des considérations générales sur la nature, la marche et la symptomatologie de l'affection.

Nous aurons à revenir sur chacun de ces points en temps et lieu opportuns.

La sixième observation dont nous ayons connaissance est due à Gottfried Scheff. L'auteur ne parle dans sa communication,

publiée dans le *Allg. Wien. med. Zeit.* (n° 47, 1881), que des trois observations de Beregszaszi. « Gigot-Suard et Waldenburg, dit-il, ont déjà fait allusion à l'herpès laryngé ; Mayer (de Zurich) a également parlé d'une inflammation phlycténulaire des cordes vocales en 1879 (Voir notre Observat. II) ; mais c'est Beregszaszi qui, le premier, lui a donné le nom d'herpès du larynx en publiant trois cas de ce genre. » Quant à l'observation de Fernet, elle avait été publiée en France et il est tout naturel que Gottfried Scheff n'en fasse pas mention.

Vient ensuite le cas de Davy qui date de 1882. Il est probable que seule l'horreur de la bibliographie a empêché Davy de mentionner Rudolf Meyer, Beregszaszi et Gottfried Scheff.

Sa thèse, du reste très incomplète, n'a pas, que nous sachions, la prétention d'offrir une monographie où il n'y ait plus rien à ajouter. Elle n'est basée que sur deux observations et on s'en aperçoit vite.

L'auteur développe des idées théoriques qui sont loin de concorder avec les faits. Nous avons cru toutefois bon de prendre son observation qui, elle, ne laisse rien à désirer et de la rapporter dans notre travail.

En 1884, Chapman publiait, dans le *New-York medical Journal* du 18 octobre, six cas d'herpès du larynx recueillis dans sa pratique depuis 1878 et dont nous donnons la traduction. Après s'être borné à citer des faits, l'auteur en tire des conclusions que nous ne saurions accepter sans conteste.

La même année Grognot donnait dans le *Concours médical* (Paris, 1884, p. 643-646, n° 46), sous le nom d'herpès opalin de la gorge et du larynx, un cas qui n'est pas très probant, mais que nous avons dû enregistrer, bien mieux, utiliser pour ne pas rester incomplet.

Enfin les deux observations de Stepanow (de Moscou), dont nous avons trouvé l'analyse dans la *Revue de Laryngologie* du

Dr Moure de 1885 et dont l'original existe dans le *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde* (n° 8, 1885), sont, à notre connaissance, les dernières qui aient été publiées sur le sujet.

En résumé, seize observations accompagnées ou non de quelques commentaires, une thèse insignifiante qui date de 1882. Voilà tout ce qui a été écrit sur l'herpès du larynx.

Nous devons ajouter cependant que les traités des maladies du larynx et les ouvrages encyclopédiques commencent à faire mention de cette maladie.

Dans l'édition de 1888 du Dictionnaire Dechambre, à l'article « Herpès », se trouve une description sommaire mais inexacte en certains points de l'herpès du larynx.

Massei, dans sa *Patologia e Terapia della laringe* (Naples 1890), à l'article « Erpete laringeo », avoue franchement n'en avoir jamais observé lui-même. Il en emprunte la description à Schrœtter (de Vienne). Il ne saurait donc y avoir rien d'original dans cette courte description qui renferme au contraire quelques erreurs, comme on devait s'y attendre. Nous en reparlerons dans notre chapitre de la symptomatologie.

Le *Traité de Médecine* (éd. 1892), consacre à peine deux ou trois lignes à la question, à propos du diagnostic des laryngites.

Les trois faits nouveaux que nous publions, ajoutés aux autres, constituent un faisceau de documents suffisant, à notre avis, pour avoir de l'herpès du larynx une idée à peu près exacte. Nous allons entrer dans la description de cette affection après avoir dit un mot de son étiologie et de sa fréquence.

CHAPITRE II

Etiologie. — Fréquence.

Tous les auteurs qui ont publié des cas d'herpès du larynx disent que c'est une maladie rare mais dont la rareté n'est certainement pas aussi grande que le ferait supposer le petit nombre des faits signalés.

Seul Chapman essaie d'établir une statistique à ce propos. Il a vu environ cent cas d'herpès du pharynx; dans le même laps de temps il n'a noté que cinq cas d'herpès du larynx : d'où il conclut que ce dernier est vingt fois moins fréquent que le premier.

Nous avouons humblement n'avoir aucune opinion à cet égard; toutefois l'absence de documents nous paraît tenir à deux causes :

1° Pour découvrir l'herpès laryngé il est besoin de s'aider du miroir; or, le nombre des médecins qui savent se servir du laryngoscope est malheureusement encore fort restreint et, d'autre part, on le voit dans nos observations, rarement le larynx est seul pris; l'éruption apparaît également sur les muqueuses labiale, buccale et surtout pharyngée, en s'accompagnant de phénomènes généraux qui obligent le malade à garder le lit. Le laryngologiste n'a de chances d'être consulté

que dans le cas où les phénomènes laryngés persistent après la disparition des accidents pharyngés ou bien lorsqu'il se sont développés après eux ou sans eux.

Quelquefois le défaut d'examen n'incombe pas au médecin ; il a rarement dans sa trousse un miroir frontal et un laryngoscope, ou bien il est mal éclairé, ou bien encore la difficulté peut provenir du malade lui-même chez lequel le moindre attouchement du pharynx provoque de vives douleurs et qui refuse de se laisser regarder. Enfin il arrive que l'évolution des vésicules soit si fugace qu'on ne puisse les constater; mais le fait est rare et la place occupée par ces vésicules la veille est marquée le lendemain par une petite pellicule blanchâtre, un exsudat, si l'on veut, environnée d'une zone inflammatoire.

2° La cause la plus fréquente, au moins la cause déterminante, de l'herpès laryngé, est le refroidissement brusque. Or, chacun sait qu'une telle cause engendre fréquemment aussi une laryngite catarrhale simple qui peut présenter des symptômes analogues à ceux de l'herpès laryngé. Souvent, le médecin n'est consulté que si la laryngite se prolonge outre mesure. Or, l'herpès disparaît en quelques jours et spontanément : d'où encore la rareté des observations publiées.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Moure, recueillir nos trois cas dans un espace de six mois; nous restons donc persuadé que, sans être fréquent, l'herpès du larynx est beaucoup moins rare qu'on ne pense.

Loin de nous la pensée de nous appesantir sur les causes de l'herpès du larynx, attendu que cette éruption n'est qu'une des manifestations exanthématiques de la fièvre herpétique et que nous n'avons rien à ajouter sur l'étiologie de cette fièvre.

Nous dirons seulement qu'un état diathésique, l'arthritisme, paraît favoriser le retour de cette fièvre qui ne confère nullement l'immunité.

Quant à admettre avec Gottfried Scheff que toujours l'éruption des vésicules herpétiques est précédée d'un trouble de l'innervation de la partie atteinte, que dans son cas, par exemple, un trouble de l'innervation du nerf vague, survenu à la suite d'une indigestion, avait été la cause de l'apparition des vésicules dans le larynx, nous ne le pouvons pas, car ce serait confondre les accidents consécutifs à une altération nerveuse avec une manifestation fébrile exanthématique qui s'en distingue nettement.

Nous ne mentionnerons que pour la réfuter l'opinion de Chapman qui, après avoir attribué à l'herpès du larynx « *les caractères d'une névrose* », en fait « *une maladie particulière des contrées malariennes et une des manifestations larvées* (*eccentric*) *de la malaria* ». Il est le seul en effet à noter chez ces malades une grande irritation nerveuse, qui se comprendrait au reste fort bien par la douleur qui accompagne l'herpès pharyngé.

En outre, dans aucune autre observation que ses trois premières on ne rencontre d'accès de fièvre malarienne dans les antécédents des malades ; la proportion de trois cas sur dix-neuf observations que nous avons pu réunir n'est pas suffisante pour faire adopter l'opinion de Chapman.

Passons maintenant à l'étude des symptômes de l'herpès du larynx, un des chapitres les plus importants de notre travail puisqu'aucun autre nous ayant précédé ne se basait sur un aussi grand nombre d'observations.

CHAPITRE III

Symptômes.

Tantôt on voit l'herpès laryngé se déclarer d'emblée et en dehors de toute manifestation cutanée ou muqueuse; tantôt au contraire on ne l'observe qu'après avoir déjà constaté des vésicules au pharynx, aux lèvres ou à la face : ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. La laryngite herpétique n'est parfois que le prélude d'une pharyngite de même nature; dans d'autres circonstances elle évolue à l'état isolé, comme en font foi l'observation II de Chapman et l'observation I de Stepanow (de Moscou).

Quoi qu'il en soit, son apparition est toujours précédée des symptômes généraux plus ou moins marqués décrits sous le nom de fièvre herpétique.

En général, ces symptômes généraux tels que frissons, fièvre, anorexie, vomissements, état saburral de la langue, céphalalgie, constipation, courbature, sont très accentués; nous ne faisons qu'énumérer les principaux; tous sont très bien connus et ils ne diffèrent en rien de ceux qui précèdent l'apparition des vésicules sur les amygdales ou le pharynx. C'est à dessein que nous n'ajoutons pas sur la peau de la face, sur les lèvres et sur le prépuce, autres lieux d'élection de l'herpès fébrile, car il

nous est arrivé bien souvent d'observer le développement de ces herpès avec des symptômes généraux presque insignifiants, quelquefois même en leur absence complète. Tel n'est pas le cas pour la laryngite herpétique qui ressemble beaucoup, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, à l'angine de même nature.

La coexistence de ces deux affections étant très fréquente, il est parfois difficile de démêler les symptômes propres à chacune d'elles, et, à ce sujet, nous aurons soin d'utiliser les deux observations citées plus haut, dans lesquelles il n'exista jamais d'éruption ailleurs que dans le larynx.

Le larynx étant un organe servant à la fois à la phonation et à la respiration, il n'est pas étonnant de voir se produire des altérations dans l'une et l'autre fonction dans une maladie qui, comme l'herpès laryngé, est caractérisée par une inflammation limitée de la muqueuse, inflammation au centre de laquelle apparaît une vésicule. Ce n'est pas tout : le larynx, par le cartilage épiglottique d'une part, par l'action des muscles pharyngiens d'autre part, participe amplement aux mouvements de déglutition, et là encore on observe des troubles dans cette fonction.

Les malades accusent, dès les premiers jours, une sécheresse fort désagréable du fond de la gorge, une gêne considérable dans les mouvements de déglutition, surtout au moment du passage des aliments au niveau de l'épiglotte.

Il n'existe pas seulement de la dysphagie douloureuse, mais encore de la douleur à la pression sur les parties latérales du cou, de chaque côté du larynx et, soit dit en passant, l'exploration de la région cervicale n'amène la découverte d'aucune adénite inflammatoire, constatation qui aura son importance dans l'établissement du diagnostic.

A côté de cette dysphagie que nous chercherons à expliquer plus tard par l'examen local, les malades se plaignent de pico-

tements, d'une sensation de chatouillement au larynx, d'une impression désagréable produite par le passage de l'air, tous phénomènes qui engendrent assez fréquemment des accès de toux spasmodique, toux sèche, fatigante, très pénible à supporter. La fréquence des quintes est variable et paraît en rapport avec la susceptibilité nerveuse des individus affectés.

On a également noté une certaine gêne de la respiration. Lorsque, le miroir en main, nous chercherons à nous rendre compte de l'état des parties, nous tâcherons d'élucider la cause de ce trouble respiratoire et nous nous demanderons si, comme certains auteurs, notamment Davy, le pensent, elle peut aller jusqu'à réclamer une intervention chirurgicale sur la trachée.

En général, la dyspnée est légère et inquiète peu le malade, rendu au contraire fort perplexe par l'enrouement et parfois l'aphonie complète. Les troubles de la voix peuvent ne pas exister, on le conçoit sans peine : ils sont en rapport avec les parties du larynx qui sont enflammées, et surviennent brusquement le soir, le lendemain du refroidissement initial.

Je ne parle pas ici des modifications du timbre qui peut être altéré par l'hypérémie de l'isthme du gosier et l'augmentation de volume des amygdales et du voile du palais. Ces modifications font partie de l'angine concomitante et ne doivent pas entrer ici en ligne de compte.

L'enrouement se caractérise par la perte de l'émission des sons élevés, la dysphonie, la perte du chant, dans certains cas même la faculté de produire des notes d'une gravité impossible à obtenir à l'état normal.

La parole à haute voix est dans certains cas fort pénible et les malades s'astreignent au langage à voix basse.

En résumé, sécheresse de la gorge, dysphagie, impression pénible produite par le passage de l'air dans le larynx, picotements au niveau du même organe, quintes de toux sèche,

légère gêne respiratoire, troubles de la voix, tels sont, avec les phénomènes généraux, les symptômes dont se plaignent habituellement les malades et qui nécessitent un examen local.

Hâtons-nous d'ajouter qu'aucun de ces symptômes n'est pathognomonique de l'affection et que l'herpès laryngé peut être reconnu seulement par le laryngoscope ; tout le monde est d'accord sur ce point. Pratiquons donc l'examen de notre malade.

Nous passerons rapidement sur les diverses manifestations herpétiques autres que celles du larynx et qui les accompagnent fréquemment. La peau du corps tout entier peut être çà et là le siège d'érythème à forme variée ou de vésicules d'herpès qui se localisent principalement autour des orifices des fosses nasales, sur les lèvres, dans le nez, sur la conjonctive, sur les muqueuses buccale, linguale et pharyngée.

Mais tandis qu'on observera souvent à la place des vésicules rompues de petites croûtes dures sous lesquelles se fera la cicatrisation ; sur les muqueuses, il n'y aura, dans la plupart des cas, qu'une pellicule blanchâtre, qu'un exsudat opalin environné d'une zone rouge œdématiée, pour représenter les vestiges des vésicules.

Sur le voile du palais l'œdème inflammatoire est facile à constater et la luette ressemble parfois à une vessie de poisson.

Sur les amygdales, quand les vésicules sont confluentes, mais seulement dans ce cas, on note, en dehors de l'augmentation de volume d'origine inflammatoire, la formation de petites fausses membranes, à bords arrondis, formées par la réunion des pellicules primitivement isolées. L'affection est habituellement symétrique.

L'examen laryngoscopique, lorsqu'il est possible (et il l'est dans l'immense majorité des cas), permet de voir la muqueuse laryngée rouge par places, turgescente, parsemée çà et là de

petites vésicules discrètes, opalines, qui occupent le centre des parties enflammées, comme le montreront les figures suivantes dont le dessin aussi exact que possible a été pris sur le malade qui fait l'objet de notre quatorzième observation.

L'apparition de ces vésicules est variable; elles se montrent tantôt dès les premiers jours de la maladie, tantôt vers le sixième ou le septième seulement. Dans un cas, on a pu les prévoir et assister à leur évolution complète. Toutefois, comme leur existence est éphémère, que le liquide qu'elles contiennent d'abord transparent devient ensuite louche et se déverse à l'extérieur du jour au lendemain, on a plus souvent l'occasion d'observer le travail de cicatrisation que la vésicule elle-même.

Au milieu de la zone enflammée, si elle est unique; de ci de là, en plusieurs points de la muqueuse boursouflée et rouge, si plusieurs zones se confondent en une seule, on voit de petits points blanchâtres, à peine de la dimension d'un grain de mil, qui tranchent sur les parties voisines par leur coloration blanc grisâtre : ce sont des érosions punctiformes, de petites exulcérations revêtues d'une mince couche d'exsudat ou simplement de la pellicule qui formait les parois de la vésicule. Il y a là une petite dépression, rendue plus sensible par la saillie du rebord muqueux enflammé qui l'environne et qu'un œil peu exercé prendrait facilement pour une ulcération profonde; nous sommes persuadé que Chapman a commis cette

erreur en décrivant sur les cordes vocales de ses malades des ulcérations profondes à bords irréguliers, taillés à pic, intéressant au moins le tiers de la profondeur des cordes. De telles ulcérations, outre la durée de leur évolution de beaucoup plus longue, auraient, sans nul doute, amené des troubles permanents de la voix, et ses malades ont recouvré l'intégrité absolue des fonctions de leurs cordes.

Il peut se faire qu'une partie de la muqueuse laryngée, éloignée d'une vésicule, soit un peu rouge et œdématiée : c'est de l'inflammation de voisinage qui n'offre rien d'extraordinaire. Quelques jours plus tard le point blanc a disparu sans laisser de traces, la rougeur et la tuméfaction diminuent rapidement, et tout rentre dans l'ordre.

Davy, dans sa thèse, quelques auteurs avant lui, d'autres après lui, semblent admettre, sans preuve clinique il est vrai, que souvent la cicatrisation de la vésicule s'opère à la faveur d'une véritable pseudo-membrane, qui va d'une vésicule à l'autre et ne diffère en rien macroscopiquement de la fausse membrane diphtéritique. Cette fausse membrane deviendrait assez épaisse et assez étendue pour amener des phénomènes asphyxiques et nécessiter la trachéotomie ou l'intubation.

Si nous parcourons nos dix-neuf observations, les seules à notre connaissance qui aient paru sur l'herpès laryngé, nous ne voyons qu'un seul cas, encore est-il douteux, où la présence des fausses membranes soit signalée. « Au dixième jour, dit Stepanow, sur les bandes ventriculaires on observa de petites membranes croupeuses qui avaient été précédées de petites taches grisâtres ; même aspect sur le repli ary-épiglottique et

sur l'aryténoïde gauches. Dès le début il existait, sur les cordes vocales, des membranes blanchâtres simulant des cordes vocales épaisses et qui passèrent inaperçues jusqu'à la desquamation. »

Il s'agissait d'un jeune homme de quinze ans; aucune intervention ne fut nécessaire. Le malade avait en outre un herpès confluent de la face. Cette description ne nous paraît devoir être admise qu'avec réserves. On peut adopter à la grande rigueur qu'un herpès laryngé soit assez confluent pour déterminer, après la rupture des vésicules, quelque chose d'analogue à ce qui se passe sur les amygdales dans les mêmes circonstances; mais le fait doit être d'une rareté excessive, ainsi que nous le montrent nos observations.

Quelles sont les parties du larynx le plus souvent affectées? Ceci a une importance réelle puisque la réponse va nous donner la clef des symptômes fonctionnels, dysphagie, enrouement, aphonie, dyspnée.

Les vésicules, en nombre restreint, habituellement de une à six, sept, dix, ont pour lieu d'élection d'abord l'épiglotte (face postérieure et bord libre), neuf fois sur les quinze observations qui accompagnent notre travail; puis viennent les aryténoïdes (six fois). Les cordes vocales et les replis ary-épiglottiques n'ont été affectés que trois fois chacun; dans deux cas seulement les bandes ventriculaires ont été prises. Dix fois une seule de ces parties présentait des vésicules à l'exclusion des autres parties et, sur ce nombre, l'épiglotte compte pour cinq, les aryténoïdes pour deux ainsi que les cordes vocales, les bandes ventriculaires pour un.

Dans deux observations, face postérieure de l'épiglotte et aryténoïdes étaient prises en même temps; dans une troisième les replis ary-épiglottiques se joignaient aux deux autres.

Chez le malade de Stepanow dont nous venons de parler,

aryténoïdes, cordes vocales, replis ary-épiglottiques et bandes ventriculaires étaient également garnis de vésicules ou plutôt de pseudo-membranes. Enfin chez un de nos malades l'épiglotte et un repli ary-épiglottique étaient envahis par l'herpès.

En dehors des phénomènes pharyngés et amygdaliens capables d'expliquer la dysphagie ou, en leur absence, l'état de l'épiglotte, son inflammation, les érosions superficielles qu'elle présentera, suffiront amplement pour prouver que la déglutition ne saurait se faire sans douleur.

L'enrouement est sous la dépendance de la tuméfaction de la région aryténoïdienne qui s'oppose, par son volume, au rapprochement de la partie postérieure des cordes vocales ou de l'inflammation de la muqueuse qui revêt les cordes.

Pour qu'il y ait aphonie dans l'herpès laryngé, il faut qu'il se produise un trouble musculaire qui empêche le rapprochement des cordes, que la tuméfaction de la muqueuse aryténoïdienne soit assez considérable pour produire le même effet, ou que les bandes ventriculaires, boursouflées, en s'appliquant sur les cordes empêchent leurs vibrations.

Quant à la dyspnée, elle est légère et dépend à coup sûr du rétrécissement de la glotte par la tuméfaction des régions aryténoïdienne ou sous-glottique, celle-ci non dilatable, et de la muqueuse qui recouvre les cordes, ou, à la rigueur, de la présence de pseudo-membranes herpétiques sur les parois qui la délimitent. L'infiltration œdémateuse de l'épiglotte et des replis arrive au même résultat.

On comprend très bien, d'après ce que nous venons de dire, qu'il puisse y avoir herpès sans dyspnée, sans troubles de la voix, parfois même sans dysphagie; cela dépendra uniquement de la localisation des vésicules et de l'inflammation concomitante.

La *marche* de la laryngite herpétique et rapide; sa durée n'excède pas quinze jours à trois semaines au plus. Le larynx

revient à son état normal, mais l'affection ne confère nullement l'immunité : la récidive a été notée assez souvent, notamment chez cinq malades, sur six, de Chapman.

Le pronostic est donc bénin, et, vu les allures terrifiantes de la période d'invasion, le diagnostic doit être soigneusement établi.

CHAPITRE IV

Diagnostic. — Traitement.

Le miroir laryngien seul permettra de ne pas confondre l'herpès du larynx avec d'autres affections du même organe susceptibles de donner lieu à des phénomènes à peu près identiques. Néanmoins nous ne saurions trop dire que voir ne suffit pas et qu'il faut encore donner une bonne interprétation à ce qu'on voit : c'est ainsi qu'on a pris quelquefois de petites érosions de la muqueuse laryngée avec gonflement des bords pour des ulcérations profondes et que, dans le cas actuel, cette erreur peut avoir, dans l'établissement du pronostic, des conséquences fâcheuses.

Une maladie qui pourra être confondue avec l'herpès du larynx sera la laryngite simple aiguë. La laryngite débute habituellement d'une façon brusque, mais il y a absence très fréquente de symptômes généraux. Quand ces symptômes se montrent, ils ne sont que passagers et consistent dans un léger malaise, quelques frissonnements, rarement de la fièvre.

Localement les symptômes sont à peu près les mêmes (ardeur, sécheresse, chaleur insolite au niveau du larynx, douleur provoquée par le passage de l'air inspiré, toux rauque, sèche, voix altérée dès le début, enrouée, parfois éteinte).

Toutefois la muqueuse est rouge vif dans le larynx tout entier et non par places, comme dans l'herpès; elle a un aspect chagriné, il se forme bientôt à sa surface des amas de mucus, d'abord transparent, puis opalins, puis gris jaunâtre et filants (Charcot et Bouchard). On y rencontre parfois de petites érosions en coup d'ongle dues à la desquamation de quelques cellules épithéliales, surtout dans la partie postérieure de la cavité laryngienne; mais la douleur est beaucoup moindre, les vésicules font complètement défaut et les autres muqueuses (buccale, pharyngée, labiale, nasale) en sont également dépourvues.

La diphtérie laryngée a, elle aussi, plusieurs points communs avec l'herpès : toutefois, nous ne croyons pas, jusqu'à plus ample informé, que les vésicules herpétiques soient assez confluentes pour donner lieu à des fausses membranes analogues à celles que l'on observe dans le croup, ainsi que tendrait à le faire admettre la thèse de Davy : « L'herpès du larynx, dit Davy, comme celui des autres muqueuses, donnant lieu le plus souvent à l'existence de pseudo-membranes, a dû être confondu avec les autres affections couenneuses du larynx et en particulier avec la diphtérie. »

Dans le relevé de nos observations nous n'avons qu'un cas douteux d'existence de fausses membranes herpétiques; du reste, ces fausses membranes n'ont pas été détachées, l'examen de la muqueuse sous-jacente, habituellement rouge et saignante dans le cas de croup, n'a pas été pratiqué, encore moins l'examen bactériologique. Nous savons parfaitement aujourd'hui qu'il peut exister, sur les muqueuses, des fausses membranes à évolution bénigne, qui dépendent non du bacille de Klebs et Lœffler, mais de staphylocoques, de streptocoques ou même de pneumocoques. Pourquoi donc rapporter à l'herpès tous ces cas de croup bénin qui ne s'accompagnent d'aucun phénomène

général appréciable, alors que l'herpès s'annonce avec grand fracas ? Au lieu des fausses membranes épaisses rétrécissant la glotte, amenant des phénomènes d'asphyxie de plus en plus marqués et se développant souvent après des membranes pharyngées, la rougeur par places autour d'une vésicule ou de l'exsudat qui en tient place, le siège de cette rougeur, les éruptions concomitantes lèveront tous les doutes. Il sera à peine besoin de recourir à l'examen bactériologique qui donnerait un résultat hors de conteste.

La laryngite tuberculeuse (nous parlons de la laryngite aiguë, la seule qui puisse être confondue avec un herpès du larynx) ressemble trop à la laryngite aiguë simple, dont elle ne diffère que par la nature et l'évolution, pour mettre en suspens notre diagnostic. Il existe bien une épiglottite d'origine tuberculeuse et évoluant à l'état aigu ou plutôt survenant brusquement ; mais elle s'accompagne d'un gonflement très marqué de la muqueuse, du rétrécissement du vestibule du larynx, d'ulcérations rapides déchiquetant, détruisant le cartilage. Rarement enfin, d'autres organes, notamment le poumon, sont indemnes.

On a signalé des cas de pemphigus du larynx, et là, comme dans l'herpès, il y a production de vésicules sur la muqueuse ; toutefois ce ne sont pas des vésicules à proprement parler, mais bien de véritables bulles avec réaction inflammatoire à peine marquée et survenant sans symptômes généraux. Au reste, le pemphigus isolé du larynx n'existe pour ainsi dire pas et la présence des bulles sur la peau ou sur les autres muqueuses lèvera tous les doutes.

Signalerions-nous le diagnostic avec la laryngite variolique dont M. le Dr Beausoleil a signalé un cas dans la *Revue de Laryngologie* du Dr Moure (1er mai 1893, n° 9) et où il existait une simple gêne de la déglutition, un peu d'enrouement, et, comme signes locaux, une ulcération superficielle de l'épiglotte

(bord libre et face laryngée) et des deux cordes vocales? L'évolution récente d'une variole fera sur-le-champ lever toutes les hésitations comme dans l'observation du Dr Beausoleil.

On a vu le muguet se développer dans le larynx, mais jamais à l'état isolé ni primitivement. Les circonstances particulières dans lesquelles évolue cette affection, l'adhérence des points blanchâtres à la muqueuse, leur ressemblance à de petits caillots de lait, le défaut de réaction inflammatoire, la présence de points analogues et en grand nombre sur la muqueuse buccale, ne permettront pas l'erreur.

Nous avons dit que l'herpès du larynx pouvait se développer sans troubles de la voix ni de la respiration, et que la dysphagie seule révélait l'affection contrôlée bientôt par le laryngoscope. Or, il peut en être de même pour une folliculite de la base de la langue, à laquelle il faudra toujours songer. Une exploration minutieuse permettra de la découvrir, soit au moyen de l'abaisse-langue, soit par le miroir laryngien lui-même. En arrière du V lingual on voit de petits points isolés, rouge vif, très douloureux, surélevés et formant le sommet de petites papilles ; les muqueuses pharyngée et laryngienne sont saines.

Nous nous résumerons en disant que l'herpès du larynx est une affection qui demande à être recherchée mais dont le diagnostic est en somme de la plus grande facilité.

Est-il besoin d'insister sur le traitement? Nous ne le croyons guère, la maladie guérissant par les seuls efforts de la nature et assez rapidement. Il suffira souvent de ne donner que des médications anodines ; on pourra diminuer la dysphagie par des gargarismes au borax bromurés, modérer l'inflammation par quelques pulvérisations matin et soir, des fumigations, des humages ; voilà pour l'état local.

La fièvre herpétique pourra être traitée de son côté ; le sulfate de quinine et l'antipyrine diminueront la fièvre et la céphalalgie ;

un éméto-cathartique pourra être indiqué par l'état du tube intestinal, un purgatif seul produira les mêmes résultats excellents. Il sera bon quelquefois de lutter contre l'état général et contre la tendance à la récidive, par la médication arsenicale.

Nous parlerons à peine de l'intervention chirurgicale ou de l'intubation, car nous savons que les indications n'ont été jusqu'ici fournies dans aucun cas.

Observation I

Résumé de l'observation de Fernet dans le *Bulletin de la Société clinique* (Paris 1878).

Homme, trente ans, tuberculeux, en traitement depuis quinze jours à Saint-Antoine. Se plaint un matin, le 26 avril 1878, de picotements dans les yeux avec écoulement abondant de larmes, sans photophobie. Les conjonctives palpébrales présentent quelques points rouges isolés, surtout au voisinage du bord libre des paupières. Il existe en même temps un peu de coryza et de la diarrhée.

Apparition le lendemain, 27 avril, de sept ou huit vésicules d'herpès sur la face, au dessus du sillon naso-génien du côté droit. La diarrhée persiste; pas de fièvre.

Le 28 avril, l'herpès cutané se généralise; il a envahi les membres inférieurs surtout le pourtour des genoux, les membres supérieurs, principalement au voisinage des poignets. Le tronc lui-même, et en particulier le dos, n'est pas épargné : on y voit des plaques les unes vésiculeuses, les autres bulleuses. Persistance de la diarrhée, mais pas de fièvre.

Le 29 avril, éruption encore plus abondante et de plus mal de gorge et enrouure; l'examen de la gorge ne révèle encore que de la rougeur sur les piliers antérieurs. Il existe une fièvre assez accentuée.

Le 30 avril, le mal de gorge et l'enrouement sont encore plus accusés et l'on constate sur le bord libre du voile du palais et de chaque côté de la base de la luette un chapelet de vésicules très rapprochées les unes des autres. Les unes ont le volume d'une tête d'épingle, les autres d'une lentille; elles ont une couleur blanchâtre et sont remplies d'un liquide louche. Autour de chacune d'elles, qui se détache nettement, la muqueuse est modérément rouge. L'éruption cutanée a encore augmenté; elle revêt deux aspects : celui de vésicules et celui de bulles; le malade, qui ressent des picotements au niveau des plaques éruptives, se trouve surtout gêné par les vésicules très abondantes siégeant au cou et aux aisselles. La fièvre persiste.

Le 1er mai, les vésicules échelonnées sur le voile du palais se sont affaissées; elles présentent l'aspect de petites pellicules blanchâtres étalées sur la muqueuse. La voix reste enrouée depuis deux jours. Fernet soupçonne alors qu'il pourrait exister dans le larynx une éruption analogue à celle de la gorge. Il s'arme d'un laryngoscope et « *constate l'existence d'une grosse vésicule blanchâtre siégeant sur la muqueuse qui recouvre la face antérieure du cartilage aryténoïde gauche*; autour d'elle la membrane muqueuse

paraît à peu près saine ». Cette vésicule ressemble de toutes pièces à celles qui ont été observées la veille sur le voile du palais. L'éruption cutanée persiste; la fièvre est vive.

Le 2 mai, l'éruption de la peau se modifie ; sur le bord libre du voile du palais on ne trouve plus qu'un exsudat blanchâtre qui ne forme plus une couche continue.

Le 3 mai, disparition de la vésicule du larynx; son remplacement par une tache rouge. L'éruption cutanée se flétrit et se dessèche. La fièvre persiste. Il y a eu une nouvelle petite poussée de vésicules en divers points de la peau.

Le 4 mai, mal de gorge et enrouement diminués; on ne trouve plus dans le larynx qu'une légère rougeur sur la muqueuse aryténoïdienne.

Le 8 mai, l'affection de la gorge et celle du larynx sont terminées ; la voix a repris ses caractères antérieurs. A partir de ce moment, l'éruption d'herpès qui a occupé tant de sièges différents peut être considérée comme terminée.

Ce n'est point là un cas type d'herpès du larynx. Les manifestations cutanées et muqueuses ont certainement été influencées par le terrain sur lequel elles se développaient. Cette observation n'en a pas moins le mérite très réel d'être la première sur ce sujet et de laisser présumer que l'herpès du larynx doit être regardé simplement comme une des manifestations locales de la fièvre herpétique.

Observation II

Inflammation phlycténulaire des cordes vocales ou herpès du larynx, par Rudolf Meyer. (Traduite du *Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, p. 609, 13 oct. 1879.)

Ouvrière, dix-huit ans ; prise depuis neuf jours de malaise général, d'enrouement intense, d'un peu de toux sèche, sans douleur aucune.

A l'examen laryngoscopique, on constate un peu de rougeur et de gonflement des cordes vocales qui se contractent imparfaitement. Sur le bord interne libre de la corde gauche, à trois millimètres environ de la commissure antérieure, se voit une érosion punctiforme, blanchâtre, tandis qu'au point correspondant de la corde droite on aperçoit un trouble de l'épithélium, tout analogue, mais séparé par une certaine distance du bord interne de l'organe. Le reste du larynx, le pharynx et la muqueuse buccale, sont normaux.

Trois jours après, 6 juin, l'état des cordes vocales est peu modifié ;

l'aphonie est à peu près aussi intense, mais il existe on outre une conjonc-ivite phlycténulaire droite, de l'herpès labial et nasal.

Le 9 juin, le point blanc de la corde vocale gauche ne se voit plus, tandis que celui de la droite reste à peine distinct. La rougeur diffuse a fait place à une coloration jaunâtre avec un peu de vascularisation dans le sens longitudinal. La fermeture de la glotte s'opère mieux; la voix encore faible a pourtant récupéré un peu de sonorité.

Les vésicules d'herpès de l'aile du nez et du bord gauche de la lèvre supérieure sont en voie de dessiccation; enfin les phlyctènes des bords interne et externe de la cornée sont difficiles à reconnaître, tandis que les faisceaux vasculaires qui leur correspondent sur les conjonctives sont notablement diminués de volume.

Meyer croit à tort être le premier à avoir reconnu au laryngoscope l'herpès laryngé. L'observation de Fernet lui a échappé.

Observation III

Tirée de la Thèse du Dr Davy (Paris 1882).

Le nommé F... (Antoine), âgé de trente ans, commissionnaire, entre le 28 juillet 1882 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, nº 4, service de M. le Dr Proust.

C'est un homme de vigoureuse constitution qui n'a jamais eu aucune maladie.

Il se couche très bien portant le dimanche soir, 23 juillet; mais le lendemain, à son lever, il ressent à la gorge une certaine gêne qui s'exagère par les mouvements de déglutition et se complique dans ce cas de douleurs dans la tête et dans les oreilles. Le malade n'en continue pas moins son travail, mais peut à peine manger. Mercredi matin (avant-hier) il se lève avec un peu de fièvre; il a mal reposé la nuit et souffre davantage à la gorge. La fièvre persiste dans la journée et s'accompagne de quelques frissonnements. Le lendemain jeudi, la voix est un peu couverte. A son entrée le vendredi, nous constatons l'état suivant :

La voix est couverte, mais n'est pas éteinte. Le malade peut encore se faire comprendre à quelque distance. Langue saburrale, léger mouvement fébrile.

A l'examen du pharynx, on trouve la paroi postérieure uniformément rouge. Cette coloration existe, mais moins intense, sur les amygdales et le

voile du palais. En abaissant fortement la langue, on aperçoit sur la partie inférieure de la paroi pharyngienne des vésicules opalines, d'autant plus confluentes qu'elles se rapprochent du larynx. Il existe aussi, à l'état isolé, un point blanc sur l'amygdale droite et une vésicule sur le bord du voile du palais près de la luette.

A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte et les aryténoïdes sont le siège d'une vive rougeur et présentent une légère tuméfaction. Des vésicules opalines, très bien arrondies, du volume d'une tête d'épingle, ressortent très nettement sur ce fond rouge. Il en existe cinq ou six sur la muqueuse aryténoïdienne. L'épiglotte en possède beaucoup plus, surtout sur sa circonférence. En un point même, elles sont confluentes et forment une plaque grisâtre, irrégulière et plus large.

Les cordes vocales sont rouges et tuméfiées légèrement, mais ne présentent en aucun point de vésicules analogues. Les cordes inférieures ont leur aspect nacré ordinaire, mais elles ne se rapprochent pas très complètement pour l'articulation des sons. Léger engorgement sous-maxillaire. On diagnostique : herpès localisé au larynx et au pharynx.

On prescrit un gargarisme avec cinq centigrammes de chlorhydrate de morphine pour faciliter la déglutition et calmer la douleur de la gorge.

Le 29 juillet, le malade se trouve beaucoup mieux. Plus de fièvre; la gêne à la gorge s'est amendée ; voix toujours un peu couverte, mais moins que la veille. État local : rougeur moindre, mais vésicules remplacées par plaques grises arrondies.

Le 31 juillet, le malade, se trouvant suffisamment guéri, demande son exeat. Il revient deux jours plus tard à la consultation laryngoscopique.

La gorge encore un peu rouge ne présente plus de traces d'herpès. Les aryténoïdes sont dans le même cas. L'épiglotte au contraire est recouverte sur son bord par une bande grisâtre résultant de la confluence de plusieurs vésicules séparées les jours précédents.

Le malade avale maintenant sans douleur.

Observation IV

Traduction de l'observation I de Chapman (du *New-York medical Journal* du 18 octobre 1884).

Une femme âgée de vingt-deux ans, soprano dans une des plus grandes églises du Connecticut, consulta l'auteur en juin 1878, pour sa voix devenue rude et discordante et pour la perte totale du chant.

Durant le printemps précédent elle avait souffert d'une attaque de fièvre malarienne, et depuis cette époque elle n'avait cessé de se plaindre des symptômes généraux d'une fièvre larvée.

Depuis une semaine elle avait commencé à ressentir dans la gorge une douleur à caractère lancinant, ce qui ne l'empêcha pas de chanter les jours suivants en donnant des notes pures. Le mardi d'après la voix devint subitement enrouée et discordante. Il n'y avait eu ni toux ni expectoration sensibles. Par contre le système nerveux fut profondément affecté, pendant ces quelques jours, par la douleur, la perte de sommeil, l'agitation et une grande anxiété.

Respiration et pouls étaient normaux. L'examen physique montra une congestion modérée du larynx et des cordes et une ulcération profonde, coupée à l'emporte-pièce, non exsudative, située près du milieu de la corde vocale gauche, s'étendant au moins au tiers de la profondeur de cette corde.

L'action musculaire était parfaite; on observait en même temps un herpès pharyngé et une éruption de même nature sur les lèvres.

Le diagnostic s'imposait, mais le pronostic sembla douteux à l'auteur.

Il ordonna à la malade des inhalations de teinture de benjoin et d'huile d'eucalyptus. Il administra à l'intérieur de la quinine et de l'arsenic; enfin, il prévint sa cliente qu'il était parfaitement possible que sa voix restât pour toujours détériorée (*injured*).

En septembre elle se présenta de nouveau et raconta que la douleur avait passé quelques jours après sa dernière visite et qu'au bout de quinze jours sa voix était redevenue aussi claire; toutefois, elle s'était depuis abstenue de chanter.

L'auteur, ayant trouvé le larynx à l'état normal, permit à sa cliente de chanter de nouveau.

Observation V

Traduction de l'observation II de Chapman (publiée dans le *New-York medical Journal* du 18 octobre 1884).

Un machiniste de vingt-deux ans, habitant un pays malarien et ayant souffert plus ou moins sévèrement pendant quelques années d'accidents palustres sous différentes formes, fut pris, une dizaine de jours environ avant sa visite (avril 1879), d'une douleur intense à la gorge, de toux, de dysphagie et d'une légère dyspnée.

Ces symptômes se développèrent rapidement et s'accompagnèrent d'une agitation nerveuse et d'une anxiété aussi prononcées que chez le malade qui fait l'objet de l'observation I de l'auteur.

L'examen physique fit découvrir des ulcérations grandes, irrégulières, à bords taillés à pic sur les deux bandes ventriculaires ; le tissu environnant était œdématié, mais les cordes vocales étaient normales et l'action musculaire parfaite.

Il n'y avait d'ailleurs sur les muqueuses aucune autre éruption. La douleur ressentie au niveau des ulcérations était si intense, provoquée même par le passage de l'air, qu'on dut essayer de l'apaiser par des applications locales de glycérine, de glycérine boratée et finalement d'une solution légère de nitrate d'argent.

Loin de diminuer la douleur, ces topiques parurent au contraire l'accroître et l'auteur adopta un même traitement que dans le cas précédent.

Les ulcérations guérirent lentement, mais la douleur et l'anxiété (*distress*) disparurent en une semaine.

En septembre 1879, le malade se présenta de nouveau, souffrant d'une deuxième attaque d'herpès laryngé. L'éruption resta localisée au côté droit.

Observation VI

Traduction de l'observation III de Chapman (publiée dans le *New-York medical Journal* du 18 octobre 1884).

Un gentilhomme, rédacteur de profession, âgé de vingt-sept ans, avait eu, durant le printemps de 1880, une attaque sévère de fièvre malarienne, consécutive à une partie de chasse dans l'île Long. La fièvre le laissa débilité et souffrant des symptômes ordinaires de l'infection paludéenne chronique.

En juin, le lendemain du jour où il avait prononcé un discours, il fut pris soudainement d'une douleur violente à la gorge. Il *agonisait*, disait-il dans son langage. Il avait de la fièvre, un pouls rapide, le tout accompagné de la crainte d'une « *calamité pendante* ».

Il éprouvait le lendemain, au niveau de l'épiglotte, de la douleur en avalant les aliments solides ; ces aliments semblaient s'arrêter dans la gorge. Il devint en quelques jours d'une faiblesse excessive, garda le lit, paraissant atteint d'une maladie grave.

Il ressentait aussi un picotement et un chatouillement qui lui causaient

une toux sèche et fatigante. Bientôt il se mit à parler à voix basse, la voix haute lui paraissant accroître la douleur. Sans être très maigre, il l'était assez cependant pour faire songer chez lui à l'existence d'une laryngite tuberculeuse.

L'examen physique montra un herpès pharyngé accentué et, de plus, une ulcération large, à bords irréguliers et coupés à pic, s'étendant sur la presque totalité d'une moitié de la partie postérieure de l'épiglotte et comprenant une petite portion de son bord libre.

L'épiglotte tout entière semblait gonflée et enflammée. L'attouchement de l'ulcération, au moyen d'un stylet d'argent, déterminait une douleur excessive et une attaque sévère de toux spasmodique.

En le questionnant, on découvrit que ce malade avait eu, après une attaque de fièvre malarienne, une éruption d'herpès presque généralisée, mais siégeant particulièrement à la face et au dos.

On appliqua un traitement général (quinine, arsenic, strychnine) et un traitement local (inhalations de benjoin, d'eucalyptus et d'huile de houblon).

La dysphagie était si prononcée qu'on dut la combattre en cautérisant l'ulcération au benjoin en teinture saturée, ce qui réussit bien; mais ce topique dut être appliqué plusieurs fois par jour.

L'éruption fut très longue à disparaître (trois semaines environ); mais à ce moment il s'en produisit une deuxième sur le côté opposé de la ligne médiane, plus petite que la première. Du jour où le bord de l'épiglotte ne fut plus pris, il n'exista plus de dysphagie.

La durée totale de la maladie fut de six à sept semaines. Le malade, envoyé aux bords de la mer, recouvra complètement la santé en automne.

La gorge examinée depuis lors (la dernière fois il y a deux mois) fut trouvée dans un état parfait.

Observations VII, VIII, IX

Traduites de l'anglais. (Observations IV, V et VI de Chapman, publiées dans le *New-York medical Journal*, numéro du 18 avril 1884.)

Ces observations sont fort semblables à l'observation III. L'un des malades, un homme âgé de trente-neuf ans, les autres, des hommes également âgés d'une quarantaine d'années, vivaient dans des conditions excellentes, mais dans des régions où la malaria est endémique.

Chez tous l'affection était située à la face postérieure de l'épiglotte.

Tous les trois eurent des récidives; ces récidives furent même tellement fréquentes chez l'un d'eux (Observation VI), qu'il est douteux qu'une guérison définitive puisse être obtenue sans changement de climat. Chez tous trois, les phénomènes nerveux étaient très marqués. Le premier eut un amaigrissement rapide et l'embonpoint ne revint que lentement.

Dans un cas (Observation V), l'auteur attendait l'éruption avant son apparition. Par un examen attentif et répété journellement, l'auteur eut la satisfaction d'assister à toutes les phases de la maladie dans le larynx, depuis le point rouge jusqu'à l'ulcération creusée, en passant par la vésicule.

L'auteur fait suivre ses observations d'un certain nombre de conclusions qui, de son aveu, et en raison du petit nombre de faits qu'il a observés, sont sujettes à modification.

Nous les avons discutées en lieu et place dans le courant de ce travail.

Observation X (Résumée)

Publiée par Grognot (de Milly) dans le *Concours médical*, Paris, 1884, n° 46, p. 643-646, sous le titre « Herpès opalin de la gorge et du larynx ».

C..., manœuvre, trente-cinq ans, vigoureux; début de l'affection, il y a deux jours, par un peu de fatigue et de perte d'appétit.

Le 10 juillet 1883, au soir, le malade se sent courbaturé, sa gorge est sèche, un peu douloureuse. Dans la nuit, la fièvre s'allume et la douleur de gorge augmente. La parole devient pénible et la déglutition douloureuse.

Le matin, le malade est presque aphone; il ne peut avaler sa salive.

11 juillet. — Aspect général bon; fatigue; syncope pendant qu'on l'examine. Douleur vive dans la gorge et impossibilité d'avaler. Un peu de gêne respiratoire. Dans la région laryngée, vive sensation de chaleur et de constriction. Sur le voile du palais du côté gauche et sur la luette, rougeur légère avec éruption de vésicules opalines, nacrées comme des perles, rondes, sans taches, nullement acuminées, de la grosseur d'un grain de plomb de chasse n° 5. Amygdales non tuméfiées et paraissant normales. Pharynx un peu rouge, surtout dans sa portion inférieure où l'on remarque plusieurs vésicules déjà rompues.

« N'ayant point apporté de laryngoscope, je remets au lendemain l'examen du larynx. »

Le lendemain, 12 juillet, je trouve le malade hors du lit, sans fièvre. La voix est redevenue presque normale, la douleur a diminué et la déglutition est plus facile. Il respire librement et se croit guéri.

« J'examine la gorge. Toutes les vésicules sont rompues; on les reconnaît à quelques débris de leur enveloppe qui a conservé une teinte légèrement opaline; il n'existe ni exsudat, ni ulcération. Le fond du pharynx est toujours dans le même état; la langue est un peu moins blanche.

» L'examen laryngoscopique, très difficilement supporté, permet d'entrevoir, après plusieurs tentatives, *une rougeur légère et diffuse des éminences aryténoïdes qui présentent, de même que la gorge, les débris épithéliaux de deux ou trois vésicules, débris semblables à ceux du voile du palais, c'est-à-dire sans fausses membranes.*

» La difficulté de l'examen ne permet pas de voir les cordes vocales. *L'épiglotte est normale.* »

Le lendemain 13, cet homme est complètement guéri; il lui reste seulement un peu de fatigue.

En somme, l'évolution s'est faite en cinq jours, ce qui fait penser à l'auteur que cette courte durée a été la cause de l'absence d'exsudats pseudo-membraneux signalés dans les autres observations publiées à ce sujet.

Observation XI

Publiée dans le *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde,* nº 8 (1885), par Stepanow (de Moscou). (Analyse faite par le Dr Lichtwitz dans la *Revue de Laryngologie* du Dr Moure, 1885.)

Un ouvrier de quarante-huit ans a commencé à ressentir des douleurs dans la gorge, douleurs accompagnées de toux et de dysphagie.

Le huitième jour on découvre à l'examen laryngoscopique du gonflement et de la rougeur au niveau de l'aryténoïde gauche et, sur sa partie interne, trois petites taches grisâtres de la grosseur d'une graine de pavot.

Il existait également sur l'épiglotte, à gauche de la ligne médiane, quelques plaques analogues.

Pas d'éruption sur aucune autre partie du corps.

On constatait en outre, des symptômes de bronchite chronique.

Le treizième jour, la guérison était complète.

On avait fait faire au malade des pulvérisations phéniquées.

Observation XII

Publiée dans le *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, nº 8 (1885), par M. Stepanow (de Moscou). (Analyse faite par le Dr Lichtwitz dans la *Revue de Laryngologie* du Dr Moure, 1885.)

Un jeune homme de quinze ans a commencé par présenter des vomissements, de la fièvre et un exanthème abondant de la face,

Les pourtours de la bouche, de l'entrée du nez et des yeux étaient couverts de vésicules d'herpès.

Rien au pharynx. La muqueuse du larynx ne tarda pas à devenir très rouge et à se gonfler.

Au dixième jour, sur les bandes ventriculaires, on observa de petites membranes croupeuses qui avaient été précédées de petites taches grisâtres ; même aspect sur le repli ary-épiglottique et sur l'aryténoïde gauches.

Dès le début il existait, sur les cordes vocales, des membranes blanchâtres simulant des cordes vocales épaisses et qui passèrent inaperçues jusqu'à la desquamation.

Elles laissèrent après elles quelques traces rouges sur les cordes vocales qui apparurent alors beaucoup plus minces qu'elles n'étaient auparavant.

Au seizième jour, le larynx était normal.

On fit, pour tout traitement, des pulvérisations phéniquées.

Observation XIII (Personnelle)

Recueillie à la clinique laryngologique, otologique et rhinologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

HERPÈS AIGU DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU PHARYNX, DE L'ÉPIGLOTTE ET DES REPLIS ARY-ÉPIGLOITTQUES

Le nommé B... (Hector), quarante-trois ans, déménageur, se présente à la clinique, le 28 juin 1894, pour une affection douloureuse de la gorge.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires.

Cet homme a contracté un refroidissement, il y a huit jours. Depuis cinq à six jours il a commencé à souffrir de la gorge. La déglutition des substances liquides, aussi bien que celle des solides, est douloureuse. Peu à peu la douleur s'est accrue; elle s'est même accompagnée de fièvre dans les journées des 25 et 26 juin.

Actuellement, c'est-à-dire le 28 juin, au moment où le malade se présente à M. Moure, il a la langue saburrale; tout le fond de la gorge est rouge. Les piliers du voile du palais n'échappent pas à cette rougeur, pas plus du reste que le pharynx inférieur, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en déprimant fortement la base de la langue.

Sur le fond rouge du pharynx se détachent de petites vésicules blanchâtres, séparées les unes des autres, groupées surtout à droite de la ligne médiane, et qui ont l'aspect et les dimensions d'une petite tête d'épingle.

Au laryngoscope on aperçoit sur la face postérieure de l'épiglotte, et principalement sur la partie gauche, de petites vésicules herpétiques dont la couleur blanchâtre fait contraste avec la muqueuse rouge, tuméfiée, qui recouvre ce cartilage.

Le nombre de ces vésicules va en diminuant sur les bords, et c'est à peine si on en aperçoit une ou deux sur les replis ary-épiglottiques qui sont également très rouges.

De la rougeur et du gonflement existent aussi sur l'aryténoïde droit. Rien aux cordes. La dysphagie est très accentuée et la pression de la région antéro-latérale du cou détermine une douleur assez vive.

La voix est un peu enrouée, ce qui s'explique facilement par l'état de l'aryténoïde; mais la phonation se fait sans douleur.

On prescrit à ce malade un traitement anodin : gargarismes, fumigations, quinine.

Huit jours après il revient se montrer; son pharynx et son larynx sont redevenus normaux.

Observation XIV (Personnelle)

Recueillie à la clinique de laryngologie, otologie et rhinologie de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

HERPÈS AIGU DU LARYNX ET DU PHARYNX

Moïse T..., cinquante-huit ans, vernisseur et réparateur de meubles, s'est aperçu jeudi dernier, 26 juillet 1894, que les mouvements de déglutition déterminaient chez lui une douleur assez violente. Il alla consulter un pharmacien qui lui fit des badigeonnages de teinture d'iode dans le fond de la gorge et lui prescrivit un vomitif.

En même temps que la dysphagie le malade avait, dès le début, une fièvre très forte et une céphalalgie intense.

Une bronchite à dix-sept ans, une attaque de rhumatisme en 1870, une fièvre typhoïde quelque temps après, tel est le passé pathologique de Moïse T... qui est un fumeur invétéré doublé d'un buveur des plus incorrigibles.

Ce malade se présente à la consultation des maladies de la gorge et du larynx le 30 juillet 1894.

Voici les lésions que nous avons constatées et dont M. le Dr Moure, chargé du cours de laryngologie, otologie et rhinologie, a bien voulu contrôler l'exactitude.

Le voile du palais est rouge et enflammé. On aperçoit de petites vésicules discrètes sur le côté droit de la luette.

La paroi postérieure du pharynx buccal, et notamment la partie latérale gauche, est garnie d'un amas de vésicules confluentes d'aspect grisâtre que l'on retrouve en plus grand nombre encore sur la ligne médiane de la paroi postérieure du pharynx inférieur jusqu'à l'œsophage.

Sur la moitié droite de ce pharynx inférieur les vésicules sont plus agglomérées que partout ailleurs et arrivent jusqu'au repli glosso-épiglottique de ce côté.

Le laryngoscope permet de reconnaître une épiglotte rouge, tuméfiée, desquamée à sa surface, garnie de petites vésicules discrètes, à aspect blanchâtre, entourées d'une zone plus rouge, qui marquent comme le sommet d'une petite cupule formée par le rebord de la muqueuse boursouflée. Cette disposition serait facilement confondue avec une ulcération si on n'y prenait garde.

Les vésicules, ou plutôt les petites érosions blanchâtres qui en tiennent la place, occupent surtout le bord libre de l'épiglotte et le repli ary-épiglottique droit qui est également tuméfié.

Rien aux cordes vocales.

M. Moure ordonne un purgatif et un gargarisme au borax et au bromure de potassium.

Le lendemain, 31 juillet, on ne trouve presque plus de vésicules confluentes. Elles sont presque toutes discrètes. La muqueuse est moins tuméfiée mais toujours rouge. Le malade avale beaucoup plus facilement. Son état général est meilleur. Il n'a plus de fièvre ni de céphalalgie.

Ce malade a été revu le 5 août; il ne gardait plus trace de son affection.

Observation XV (Personnelle)

Communiquée par M. Moure, chargé du cours de laryngologie, otologie et rhinologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

HERRÈS DU PHARYNX ET DU LARYNX

Un homme, âgé de trente-deux ans, se présente à la clinique laryngologique le 2 novembre 1894, se plaignant d'une dysphagie intense.

Il a pris froid il y a cinq jours; le lendemain, pendant la journée entière, il a eu de la fièvre, des frissons, une anorexie complète et des envies de vomir, le tout accompagné d'une céphalalgie intense.

Dès le soir, il commença à se plaindre de douleur en avalant. Depuis, la douleur est allée en s'accentuant, et de temps à autre le malade a une quinte de toux.

Actuellement les phénomènes généraux sont très atténués; depuis la veille au soir, la fièvre est tombée; toutefois le malade éprouve, dans l'arrière-gorge, les mêmes douleurs en avalant la salive.

A l'inspection, on aperçoit sur les lèvres deux ou trois vésicules d'herpès qui se sont crevées et qui ne se manifestent plus que par de petites croûtes environnées d'un peu de rougeur.

De chaque côté du pharynx, les amygdales sont rouges, un peu grosses, et on voit à leur surface deux ou trois petits points blancs, bien isolés, un peu déformés, véritables vésicules herpétiques dont le contenu s'est échappé.

Le voile du palais est rouge, la luette un peu œdématiée. A la surface du pilier postérieur gauche, on voit encore deux vésicules.

La paroi postérieure du pharynx, rouge elle aussi, présente du côté gauche, et le long du pilier postérieur, de petits îlots de vésicules ou mieux de pellicules blanchâtres nettement séparées les unes des autres et situées au fond d'une érusion à bords saillants.

Le laryngoscope permet de voir une épiglotte un peu œdématiée à la périphérie. Sur le bord et près de la ligne médiane apparaît une petite dépression, véritable ulcération en miniature, à fond blanchâtre et du diamètre d'une petite tête d'épingle. Le pourtour de ce reste de vésicule est plus rouge que le reste de la muqueuse. Il existe en même temps une légère cordite inférieure, mais sans trace de vésicules. On ordonne un gargarisme au borax bromuré.

Le malade, ouvrier maçon, devait revenir se montrer trois jours après, s'il souffrait encore. Nous ne l'avons plus revu. Il est probable qu'il aura repris son travail, se trouvant suffisamment guéri.

CONCLUSIONS

1° Il y a lieu d'ajouter aux affections déjà décrites du larynx une maladie mal connue jusqu'ici et appelée *herpès du larynx*.

2° Bien que le premier cas n'en ait été signalé qu'en 1878 et qu'il n'en ait été publié jusqu'ici qu'un assez petit nombre (seize cas, auxquels nous en ajoutons trois nouveaux), l'herpès du larynx n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

3° C'est une des localisations isolée ou associée de la fièvre herpétique et non un des accidents de la malaria, comme le pensait Chapman, attendu qu'il peut précéder, accompagner ou suivre l'éruption sur la peau et les autres muqueuses et que la nature malarienne de la fièvre herpétique n'est nullement démontrée.

4° L'herpès du larynx affecte surtout la face postérieure de l'épiglotte et le voisinage des aryténoïdes. Il est caractérisé anatomiquement par l'évolution, dans ces régions, de vésicules herpétiques entourées d'une zone inflammatoire, et cliniquement par les symptômes propres de la fièvre herpétique d'une part et, d'autre part, par de la dysphagie, de la douleur au fond de la gorge, parfois de la raucité de la voix et un peu de dyspnée, de l'aphonie même, phénomènes en rapport avec la localisation de l'herpès.

5° L'invasion est brusque, la durée n'est que de quelques jours (huit à quinze habituellement). Comme il n'y a pas ulcération proprement dite, la muqueuse laryngée revient à son état normal.

6° Cette affection ne confère pas l'immunité.

7° Le pronostic est bénin et le traitement consistera le plus souvent dans l'expectation déguisée.

8° Les cas où l'herpès du larynx détermine la production de fausses membranes capables de rétrécir la glotte sont excessivement rares, à supposer même qu'ils existent. La trachéotomie ou l'intubation ne seront donc presque jamais indiquées.

Vu bon à imprimer :
Le Président de thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu : le Doyen de la Faculté,
Pour le Doyen, l'Assesseur,
Dr JOLYET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 janvier 1895.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BEAUSOLEIL..... Laryngite variolique (*Revue de Laryngologie*, n° 9, mai 1893).

BEREGSZASZI ..... Ueber Herpes laryngis (*Wien. med. Presse*, 1879, XX, p. 1399-1401).

BOUCHARD et CHARCOT..... *Traité de Médecine* (1892).

CHAPMAN..... Herpes laryngis (*New-York med. Journ.*, octobre 1884).

DAVY..... Contribution à l'étude de l'herpès des muqueuses. De l'herpès du larynx (Thèse de Paris 1882).

FERNET ..... *Bulletin de la Société clinique* (Paris 1878).

GOTTFRIED SCHEFF..... *Allg. Wien. med. Zeit.*, n° 47 (1881).

GOUGUENHEIM et LERMOYEZ. *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx* (1875-1892).

GROGNOT..... Herpès opalin de la gorge et du larynx.

LASÈGUE..... *Concours médical* (Paris, 1884, p. 643-646). — *Traité des Angines* (1868).

LUC et RUAULT ..... *Archiv. de Laryngol.* (1887-1892).

MASSEI..... *Patologia e Terapia della laringe* (Naples 1890).

MEYER..... Die Phlyctenulære Stimmbandentzündung (herpès du larynx) (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, 1879).

MOURE..... *Revue de Laryugol., Otolog. et Rhinol.* (1881-1894).

PETER..... *Dictionnaire encyclop. des Sciences méd.* de Dechambre (1888).

SCHROETTER..... Vorlesungen über die Krankh. des Kehlkopfes; Vienne (1887-1891).

STEPANOW..... *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 8 (1885).

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.